

DOI: 10.15825/1995-1191-2016-2-37-45

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕЦИПИЕНТОВ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ

*С.В. Готье¹, Н.Ф. Климушева²*¹ ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава РФ, Москва, Российская Федерация² ГБУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1» Минздрава РФ, Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрена сущность психологической адаптации и реабилитации пациентов – реципиентов солидных органов. Представлен опыт клинко-психологической работы с пациентами Свердловской ОКБ № 1, перенесшими трансплантацию органа. Особое внимание уделено изучению мотивации к трансплантации как основному психологическому фактору, имеющему существенное значение для процессов адаптации и реабилитации. Показано влияние образа тела и самооценки на эмоциональное состояние пациентов после операции; подчеркнуто значение психологических факторов в повышении качества жизни реципиентов. Представлены основные принципы и система психологической реабилитации.

Ключевые слова: психологическая адаптация, психологическая реабилитация, мотивация к трансплантации органа, образ тела, самооценка.

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND REHABILITATION OF RECIPIENTS OF DONOR ORGANS

*S.V. Gautier¹, N.F. Klimusheva²*¹ V.I. Shumakov Federal Research Center of Transplantology and Artificial Organs, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation² Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1. Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper analyzes the nature of psychological adaptation and rehabilitation of patients, recipients of solid organs. The results of the clinical and psychological work with patients, recipients of donor organs, carried out in the Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1 are shown. Special attention has been paid to the study of motivation as the main psychological factor in the process of adaptation and rehabilitation. We have also shown the influence of body image and self-evaluation on the emotional state of patients after the operation. Special stress is laid on the significance of psychological factors which improve the quality of the patient's life. The main principles and the system of psychological rehabilitation are presented.

Key words: psychological adaptation, psychological rehabilitation, motivation for organ transplantation, body image, self-evaluation.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на развитие трансплантационных технологий и их основы – органного донорства, как наиболее эффективного способа помощи больным с терминальной стадией неизлечимых хронических заболеваний почек, печени, сердца, проблемы улучшения качества жизни пациентов не могут быть

сведены исключительно к избавлению от соматического страдания.

В настоящее время существует достаточное количество эмпирически установленных доказательств того, что психологические факторы оказывают существенное влияние на повышение качества жизни пациентов, перенесших трансплантацию

Для корреспонденции: Климушева Наталья Федоровна. Адрес: 620102, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185. Тел. (912) 270-43-89. E-mail: Klimushevanf@mail.ru.

For correspondence: Klimusheva Natalya Fedorovna. Address: 185, Volgogradskaya St., Yekaterinburg, 620102, Russian Federation. Tel. (912) 270-43-89. E-mail: Klimushevanf@mail.ru.

органа. В ряде зарубежных и немногочисленных отечественных исследований доказана клинически значимая роль мотивационных, коммуникативных и эмоционально-личностных характеристик реципиентов, а также их ресурсных возможностей совладания с болезнью [Михайличенко, Герасимова, Жеребцов, 2010; Саперов, 2013; Collins, Labbott, 2007; Kern de Castro et al., 2007; Olbrisch et al., 2002; Schroder, 2008 и др.]. По данным ряда исследователей, учет психологических факторов вносит существенный вклад в решение проблем здоровья и послеоперационного долголетия пациентов с терминальной стадией хронических заболеваний. Большинство таких работ посвящено клиническим и психологическим аспектам трансплантации почки [Colm, Pascual, 2004; Romano et al., 2012; Wojtasiak, 2005; Woodroff, Yao, Meads, 2005 и др.]. В одном из опубликованных исследований доказано, что восстановление целостности образа тела и эмоционального благополучия в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с трансплантированной почкой не только способствует улучшению показателей здоровья, но и существенно снижает вероятность отторжения органа [Látos M., György A., Lázár G. et al., 2015].

Трансплантация органов обуславливает формирование «новой психологической реальности», к которой личности предстоит адаптироваться. После трансплантации донорского органа наряду с восстановлением анатомо-физиологических функций происходит процесс психологической адаптации, то есть когнитивной и эмоциональной интеграции донорского органа в «новый» образ тела как структуры самосознания. При этом «особая» ситуация, в которой оказываются пациенты, требует не только актуализации имеющихся личностных ресурсов совладания с критическими ситуациями, но и овладения новыми механизмами деятельности, позволяющими ставить и решать более сложные жизненные задачи.

Психологическая адаптация реципиентов органов определена нами как способность к восприятию телесной целостности и адекватному реагированию на трансплантацию донорского органа, которая проявляется: а) в самостоятельном принятии решения о необходимости операции; б) в осознанном отношении к операции на всех этапах подготовки, непосредственного хирургического вмешательства, послеоперационного ведения и прогнозирования будущего.

Формирование «нового» образа тела сопровождается переживанием широкого спектра положительных и отрицательных эмоций, таких как благодарность, чувство вины, страх, удивление и пр., с которыми пациент не всегда может справиться самостоятельно. В то же время трансплантация

донорского органа может создать и иные психологические проблемы, обусловленные, например, преморбидными характеристиками внутренней картины болезни, образом боли, нервно-психическим статусом пациента.

По данным опыта работы с пациентами, в ряде случаев трансплантированный орган воспринимается реципиентами как «инородное тело», что опосредованно выражается в актуализации интрапсихических конфликтов, депрессии, несоблюдении режима послеоперационного лечения, нарушении комплаенса.

Все это обуславливает необходимость системной психологической реабилитации пациентов – реципиентов органа на всем протяжении лечебного процесса: от момента постановки в лист ожидания (далее – ЛО) до послеоперационного сопровождения. Под психологической реабилитацией понимается система социально-психологических и клиничко-психологических мероприятий, обеспечивающих полноценное функционирование пациента с трансплантированным органом [Баранская, Леонов, Блохина, 2005].

Большинство работ посвящено психологическим проблемам больных, ждущим или уже получившим донорскую почку [Kalble, Alkaraz, Budde, 2010; Eggeling, 1999; Wojtasiak, 2005; Woodroff, Yao, Meads et al., 2005]. В исследованиях представлен сравнительный анализ когнитивно-аффективного и коммуникативного статуса реципиентов донорского органа и тех, кто находится на диализе, сравнивается специфика отношения пациентов этих двух групп к себе и значимому окружению, их личностные ресурсные возможности.

Гораздо меньше данных, описывающих психологические характеристики больных с терминальной стадией хронических заболеваний печени, сердца, находящихся в ЛО или получивших донорский орган. В ряде работ отмечается, что пациенты с трансплантированным сердцем испытывают значительно меньшую тревожность и чувство неопределенности будущего по сравнению с пациентами, которым трансплантировали печень или почки. Лишь небольшая часть пациентов этой группы испытывает чувство вины по отношению к донору (2,7%), трудности при разглашении информации о своем статусе реципиента (для 2,4% обследованных) или проблемы установления комплаенса (3,5%). Таким образом, для многих реципиентов донорского сердца характерна более адекватная психологическая реакция на полученный трансплантат [Климушева и др., 2009; Dew, Switzer, Goycoolea, 1997; Mooney, Milkos, 1999; Morana, 2009; Salmon, Stanford, Montanaro et al., 2002].

Сравнение групп пациентов, получивших разные донорские органы, выявило значительное различие

в степени выраженности беспокойства по поводу пересаженного органа у реципиентов сердца по сравнению с реципиентами печени и почки. В первом случае показатели тревоги гораздо ниже. Одно из возможных объяснений данного феномена в том, что эти пациенты осознают больший риск своему здоровью по сравнению с другими группами и поэтому более тщательно выполняют все врачебные предписания и с готовностью посещают психолога. Можно также говорить о своеобразной когнитивной компенсации аффективного напряжения – длительной разъяснительной работе с пациентами, проводимой медицинским персоналом. Дополнительным фактором может являться интенсивность медицинского и психосоциального сопровождения таких пациентов, что также снижает уровень тревожности по поводу пересаженного органа.

Вместе с тем, если психологически негативные последствия трансплантации органов в той или иной мере изучены, то практически нет исследований, показывающих возможности личностного роста, появления нового качества жизни, обретения физического благополучия пациентами, получившими донорский орган. В этом процессе существенную роль играет также психологическая реабилитация. Последняя включает работу с пациентами (адекватное восприятие необходимости в трансплантологической операции и готовность к интеграции донорского органа), взаимодействие с ближайшим социальным окружением пациентов (мужем / женой, детьми и другими родственниками), а также формирование психологически благоприятной среды лечебного учреждения (отношение медицинского персонала выступает важным фактором послеоперационного восстановления).

Цель исследования: определить психологические факторы риска неблагоприятного послеоперационного периода, а также адекватные способы психологической адаптации и реабилитации реципиентов солидных органов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Эмпирический материал, представленный в данной статье, был собран в 2008–2012 гг. в Свердловской областной клинической больнице № 1 (далее – СОКБ № 1) (главный врач – д. м. н., профессор Ф.И. Бадаев).

Исследования проводились с пациентами, уже получившими донорский орган или ожидающими трансплантацию, для выявления психологических факторов, которые следует учитывать при разработке программ психологической адаптации и реабилитации.

Психологическое обследование состояло из двух этапов: предварительного и основного.

Предварительный этап включал структурированную клиническую беседу, шкалу оценки тревоги и депрессии А. Бека, проведение теста Г. Роршаха. Основной этап исследования состоял из опросников исследования образа тела SIBID (ситуативная неудовлетворенность телом) и BIGLI (влияние образа тела на качество жизни) Т.Ф. Кэша, методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации Е.Т. Соколовой, рисуночного теста «Нарисуй человека» К. Махвер. Кроме того, с каждым пациентом проводилось интервью, направленное на изучение субъективных представлений реципиентов об органном донорстве, о преимуществах трансплантации по сравнению с консервативным лечением, выявления мотивации к трансплантации донорского органа.

Особое внимание уделено проблеме диагностики расстройств личностной адаптации у пациентов, получивших донорские органы.

Исследовательский инструментарий получил одобрение локального этического комитета ГБУЗ СОКБ № 1.

В исследование были включены 112 реципиентов солидных органов, в том числе 69 мужчин (61,6%) и 43 женщины (38,4%), которым в период с 2008-го по 2012 г. в СОКБ № 1 выполнены операции трансплантации почки, печени, сердца (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-демографическая характеристика пациентов, включенных в психологическое исследование в 2008–2012 гг. (n = 112)

????????????????????
????????????????

Вид трансплантации	Общее количество / удельный вес пациентов	Гендерные характеристики пациентов		Возраст пациентов
		Количество / удельный вес мужчин	Количество / удельный вес женщин	
Аллотрансплантация почки (АТП)	67 (59,8%)	43 (38,4%)	24 (21,4%)	39 ± 8,47
Ортотопическая трансплантация печени (ОТП)	28 (25,0%)	10 (8,9%)	18 (16,1%)	39,8 ± 8,26
Ортотопическая трансплантация сердца (ОТС)	17 (15,2%)	16 (14,3%)	1 (0,9%)	41 ± 8,9
Итого	112 (100%)	69 (61,6%)	43 (38,4%)	42,44 ± 10,57

Возраст пациентов составлял от 21 до 61 года (средний возраст $42,44 \pm 10,57$ года); 84,0% пациентов – люди трудоспособного возраста. Период наблюдения после трансплантации органа составлял от 12 до 36 месяцев, в среднем $12,0 \pm 6,75$ месяца. В процессе беседы с пациентами изучалась их настроенность на работу с психологом и намерение получать профессиональную помощь в связи с высокими эмоционально-психологическими нагрузками, субъективной неопределенностью последствий трансплантологической операции. Пациентам подробно разъясняли цель и задачи предстоящего исследования, после чего больные давали информированное согласие на участие в нем и приглашались на ознакомительную психотерапевтическую сессию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Итоги предварительного этапа психологического исследования подтвердили необходимость работы по психологической адаптации пациентов, направленной на развитие способности к восприятию телесной целостности и адекватному реагированию на трансплантацию донорского органа.

Анализ результатов структурированной клинической беседы, в которую были включены вопросы об органном донорстве, субъективной значимости трансплантации «чужого органа», о возможных осложнениях и жизненных перспективах после операции, обнаружил следующее:

1. 72,3% пациентов (или 81 чел.) оценивали операцию положительно не только с позиций стратегии выживания, но и как возможность осуществить жизненные планы, связанные с реализацией ценностей семейной жизни и/или собственного развития (в том числе профессионального). Все 17 пациентов, перенесших трансплантацию сердца (100%), вошли именно в эту группу.
2. 16,1% пациентов (18 чел.) оценили трансплантацию неоднозначно: положительно как метод лечения, отрицательно – с позиций жизненных перспектив и прогноза на будущее: они считали трансплантацию органа не вполне подходящим методом лечения для них лично. В эту группу вошли пациенты, перенесшие трансплантацию почки (12 чел.) и печени (6 чел.).
3. 11,6% от всех обследованных пациентов (13 чел.), испытывали тревогу, депрессию, психологический дискомфорт, демонстрировали негативные аффективные реакции и т. д.

С целью коррекции влияния феномена «социальной желательности», характерного для любого опроса, было исследовано психологическое состояние по шкалам самооценки тяжести тревоги и депрес-

сии А. Бека (Beck Anxiety Inventory & Beck Depression Inventory, 1996).

Согласно данным опроса, симптомы тревоги и депрессии выявлены у всех пациентов. Ни у одного пациента не было показателя тревоги в пределах нормы, то есть до 21 балла включительно. При этом у 13 пациентов (11,6%) отмечен высокий показатель тревоги, равный 36–42 баллам, у остальных – в пределах 25–32 баллов. Средний балл показателя тревоги составил $23,58 \pm 4,01$ ($p < 0,05$).

Выраженная депрессия (22–29 баллов) выявлена у 7 (6,2%) пациентов; умеренная (16–19 баллов) – у 36 человек (32,1%) и легкая (10–15 баллов) – у 69 (61,7%). По шкале самооценки депрессии средний балл составил $14,71 \pm 3,66$ ($p < 0,05$). Пациенты с высокими показателями по шкале депрессии одновременно демонстрировали высокие показатели тревоги, без различий по половому признаку.

Дальнейшее исследование проводилось с помощью теста Г. Роршаха. Анализ глубинных структур личности пациентов выявил, что более чем у половины пациентов, у 64 чел. (57,1%; в основном – пациенты с заболеваниями почек и печени), были обусловленные операцией расстройства личностной адаптации. Они проявились в снижении уровня психологического функционирования (неадекватных способах психологической защиты), искажении образа тела (снижении сексуального влечения), предрасположенности к аффективной разгрузке в виде «трагедизации» жизни, самоинвалидизации, чувстве бессмысленности существования, ощущении угрозы физической безопасности.

Все это указывает на необходимость психологического сопровождения, направленного на восстановление психоэмоционального статуса пациентов (преодоление отрицательных эмоций, прежде всего таких, как чувство вины, страха); на помощь в выходе из психосоматического кризиса (чтобы не допустить превращения здоровья в единственно ценностное образование) и формирование «нового» образа тела как структуры самосознания.

Изучение мотивации пациентов к получению донорского органа проводилось через установление отношения к проблеме трансплантации органов вообще. С этой целью нами была разработана анкета для исследования отношения к органному донорству для пациентов до трансплантации и реципиентов донорского органа. Установлено, что если 102 пациента из 112, участвующих в исследовании (или 91,7%), осознавали у себя неизлечимое хроническое заболевание, требующее замены органа, то готовы были принять донорский орган лишь 89 пациентов (79,5%). Наряду с этим обнаружено, что более чем у половины пациентов, ожидающих трансплантацию почки (42 человека, или у 63,4%),

Таблица 2

Сравнение групп реципиентов органов по уровню послеоперационной неудовлетворенности образом тела и оценке влияния образа тела на качество жизни

?????????????
??????????????

Опросник (нормативное значение)	Пациенты с донорским сердцем (15,2%)		Пациенты с донорской печенью (25,0%)		Пациенты с донорской почкой (59,8%)	
	Значение	Стандартное отклонение	Значение	Стандартное отклонение	Значение	Стандартное отклонение
SIBID (1,17)	1,16	0,55	1,21	0,81	2,12	0,46
BIGLI (1,24)	1,92	0,63	0,95	1,03	2,47	0,69

существует отрицательная мотивация к предстоящей операции.

В качестве позитивного аспекта мотивации необходимо отметить появление у 81 обследованного пациента (72,3%) чувства ответственности за трансплантированный донорский орган и его функционирование.

Исследование образа тела на основе опросников SIBID (ситуативная неудовлетворенность телом) и BIGLI (влияние образа тела на качество жизни) Т.Ф. Кэша позволило установить различие между группами реципиентов (табл. 2).

Согласно автору «Методики исследования образа тела» Т.Ф. Кэшу, показатели по тесту SIBID отражают оценочный, эмоционально окрашенный аспект образа тела, который коррелирует с трудностями психологической адаптации (низкой самооценкой, социальной тревожностью и депрессией). В то же время показатели по тесту BIGLI означают влияние воспринимаемого индивидом образа тела, его целостности на различные стороны жизнедеятельности (самоощущение, социальное функционирование, физическую активность).

В целом результаты исследований, основанных на методике «Рисунок человека» К. Махвер и модифицированной Е.Т. Соколовой методике Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн, позволили выявить ряд различий в психологических характеристиках пациентов, соответствующих типу трансплантации (почки, сердце или печень). Значительной разницы в самооценке между пациентами женского и мужского пола не обнаружено.

По методике «Рисунок человека» пациентам предлагалось сделать два рисунка: больной человек (я до трансплантации) и «здоровый» человек (я после трансплантации). Дополнительных инструкций о положении фигуры на листе, размере, деталях рисунка не давалось. Рисунки оценивались по следующим показателям: размер, стиль (исполнение), сексуальная дифференциация, уровень детализации. С позиций семантики в большинстве рисунков «больной» был изображен с физическими недостатками или дефектами (упущение некоторых частей

тела: голова, ноги, руки); на лице обозначена боль или ужас. Примерно у 25% пациентов «больной» человек находился в постели. «Здоровый» человек, как правило, был изображен в полный рост, на лице улыбка; пациенты-женщины добавляли цветы, воздушные шары, солнце.

По методике самооценки Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн (с введением дополнительной шкалы) большинство пациентов (80,3%) имели заниженную интегральную самооценку с несбалансированными показателями по отдельным шкалам (ум, характер, счастье, здоровье, индивидуальная шкала). Все эти пациенты фиксированы на своих соматических проблемах, связанных с тем неблагополучием, которое заставило их обратиться в клинику. Лишь единицы из них чувствовали себя счастливыми. У многих пациентов состояние эйфории, которое они испытывали непосредственно после операции и выписки из стационара, сменилось озабоченностью по поводу неукоснительного соблюдения всех медицинских рекомендаций. По дополнительной (индивидуально определяемой) шкале, которая содержала характеристики наиболее значимых качеств, пациентам не хватает настойчивости, здравомыслия, ответственности, толерантности, дисциплинированности, уступчивости и многих других качеств, ни одно из которых не связано с обретением пациентами счастья или здоровья как показателей повышения качества жизни в послеоперационном периоде.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психологические факторы оказывают существенное влияние на качество жизни реципиентов органов в послеоперационном периоде. Важнейшим из них является мотивация пациентов. Положительная мотивация выступает важнейшим внутренним (интрапсихическим) регулятором деятельности пациентов, направленной на выздоровление и реабилитацию, а также стимулом установления комплайенса со специалистами клиники. В целом акцент на активной роли пациента в лечебно-реабилитационном процессе создает оптимальные усло-

вия для благоприятного течения посттрансплантационного периода, прежде всего за счет повышения фактора самооценки.

При исследовании мотивации пациентов выявлен ряд особенностей, препятствующих благополучной адаптации к операции и снижающих качество жизни. Так, для пациентов с «донорским» сердцем характерно отсутствие искажений на мотивационном уровне; их оценка жизнедеятельности в послеоперационном периоде реалистична, хотя у части больных возникает чувство вины: «Для того чтобы я жил, какой-то человек должен умереть».

Наиболее драматично на мотивационном уровне складывается ситуация у пациентов, ожидающих или получивших донорскую почку. Во многом это определяется тем, что решение о постановке в ЛО пациенты принимают не самостоятельно, а под влиянием лечащего врача или родственников. У пациентов, перегруженных медицинской информацией, уже на дооперационном этапе возникают нереалистичные ожидания. К тому же для психологического состояния больных, длительно находящихся на диализе, характерны три стрессовых фактора: зависимость от вынужденных долговременных терапевтических программ; состояние неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничение внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане. Это приводит к тому, что представления пациентов о возможностях активной жизни после операции оказываются завышенными и нереалистичными. В результате пациенты психологически не готовы к тому, что даже в случае успешно проведенной операции и хорошо подобранного трансплантата работоспособность и качество жизни, свойственные им до болезни, не могут быть восстановлены за короткий промежуток времени, что им потребуется постоянное медицинское наблюдение. Появляется обеспокоенность относительно возможности отторжения трансплантата и потенциального возобновления терапии диализом, в то же время 38,9% пациентов указали, что когда отторжение трансплантата станет очевидным, они готовы к ретрансплантации.

Для большинства пациентов (67,8%), нуждающихся в трансплантации печени, также характерна субъективная неготовность к принятию донорского органа. Исследование показало, что у больных циррозом печени на дооперационном этапе преобладает невротическая и невротическая симптоматика. При этом само заболевание пациентов накладывает ограничения в применении психотропных препаратов и транквилизаторов. Для большинства пациентов успешная трансплантация печени сопровождается психологически стабилизирующим эффектом, особенно в ближайшем послеоперационном пери-

оде. Однако этот эффект неустойчив, вопрос «приживления или отторжения» трансплантата остается актуальным на протяжении длительного периода, а негативный исход представляет абсолютную угрозу для жизни.

Таким образом, формирование положительной мотивации для всех пациентов, ожидающих трансплантацию или уже получивших донорский орган, является психологическим фактором, определяющим не только эффективность лечения и повышение качества жизни в послеоперационном периоде, но и позволяет предсказать успешность «психологической» трансплантации.

Другим психологическим фактором является образ тела, на формирование которого в новой «психологической» реальности большое влияние оказывает мотивация к «получению» донорского органа.

Наиболее благоприятный вариант формирования образа тела представлен в группе пациентов с донорским сердцем. Уровень их ситуативной неудовлетворенности образом тела, близкий к норме, отражает переживания, связанные с оперативным вмешательством и необходимостью неукоснительного выполнения медицинских рекомендаций. В то же время некоторое повышение показателей по тесту BIGLI в сравнении с нормой свидетельствует о высокой оценке трансплантации донорского органа, пациенты считают ее максимально возможной «инвестицией» в здоровье, чтобы в дальнейшем получить существенные «прибыли» в виде изменения статусной позиции, упрочения социальных связей, социального признания. Закономерным является факт тесного общения пациентов данной группы после окончания лечения в стационаре, в ходе которого они обмениваются достигнутыми успехами в различных сферах жизнедеятельности.

Рисунки реципиентов сердца, как правило, характеризовались нормальными размерами изображенных фигур, адекватным исполнением задания («больной» – «здоровый»), сексуальной дифференциацией представленной на рисунке фигуры, без излишней детализации. При этом обнаружена отчетливая тенденция: рисунок, отражающий эмоциональное состояние пациента, заметно улучшается со временем. Возможно, это также связано с ростом самооценки пациентов как людей, «обманувших смерть». Позитивная самооценка пациентов этой группы служит буфером, защищающим от негативного воздействия социальных и медицинских ситуаций, с которыми они сталкиваются в дальнейшем. Вместе с тем необходимо учитывать вариант смещения самооценки в область труднодостижимого физического идеала (абсолютно здорового тела), что может стать причиной необоснованных требований и претензий пациентов к врачам. Слож-

ности в реабилитационной работе с такими пациентами во многом обусловлены переоценкой ими собственных возможностей, желанием как можно скорее ничем не отличаться от других, здоровых людей.

Отсутствие мотивации к получению донорского органа у большинства пациентов с трансплантированной печенью во многом обуславливает особенности образа тела, который формируется в условиях новой психологической реальности. Низкая ситуативная удовлетворенность (SIBID) ими образом тела сочетается с низкой оценкой влияния образа тела на качество жизни (BIGLI). Качественная характеристика показателей отражает низкую самооценку, тревожность, депрессию и неспособность эффективно взаимодействовать с собственным соматическим недугом. Показатели BIGLI ниже нормы означают, что образ тела оказывает негативное влияние на качество жизни. Лишь немногие из пациентов этой группы считают, что трансплантация позволит им существенно улучшить качество жизни.

В целом для реципиентов донорской печени характерны проблемы полноценной интеграции органа в образ тела, что проявляется в их рисунках. Отличительной особенностью являются крупные или, наоборот, чрезмерно мелкие рисунки с большим количеством дополнительных деталей (свидетельствующих о тревоге), а также отсутствие в изображенных фигурах четкой сексуальной дифференциации («больной человек не имеет пола – он больной»). Эти проблемы отражают отношение пациентов к донорскому органу, которое может быть обозначено как наличие «инородного тела». Самооценка пациентов данной группы в большинстве случаев снижена, они переживают чувство обиды, несправедливости, ущербности («Почему я, а не кто-то другой»). Негативная самооценка приводит к неблагоприятному течению последующей комплексной реабилитации. В ряде случаев депрессивное состояние после операции нарастает, преобразуясь в тот или иной вариант аффективного расстройства. Некоторые из пациентов рассматривают свое заболевание как наказание, возлагая при этом вину на окружающих, действия которых способствовали разрушению их здоровья. Для реципиентов печени вместо построения планов на будущее нормой становится патологическая негативно окрашенная фиксация на трансплантированном органе, что обуславливает сложности послеоперационной реабилитации (как в клиническом, так и в психологическом аспекте), а также появление дополнительных соматических осложнений. Психологическая реабилитация пациентов этой группы представляется наиболее сложной и трудоемкой, но необходимой для полноценного восстановления.

Для пациентов с трансплантированной почкой характерно отрицание ситуативной неудовлетворенности образом тела (высокие показатели по тесту SIBID) при одновременном отрицании влияния образа тела на качество жизни (высокие показатели по тесту BIGLI). На наш взгляд, это означает не критичное отношение к жизненно важной ситуации, преимущественно внешнюю мотивацию к получению донорского органа. Для пациентов данной группы характерны более сложные многозначные взаимосвязи, соединяющие психологические факторы и соматическое здоровье, которые в значительной мере определяются переходом от лечения методом диализа к постоянному врачебному наблюдению с трансплантированным органом. Исследование рисунков показывает, что после трансплантации почки пациенты реагируют на изменение образа тела путем увеличения «защитных барьеров», отраженных более четко очерченными контурами изображенных фигур, а также упущением некоторых частей тела. Рисование «дефектных» фигур следует рассматривать как проекцию процесса незавершенной интеграции донорского органа в образ тела. Наряду с этим у реципиентов почки встречаются рисунки, отражающие тревогу, низкую самооценку, чувство изоляции, низкий уровень энергии. Такой разброс полученных результатов свидетельствует, что усилия реципиентов почки в отличие от других пациентов направлены на каждодневное выживание, независимо от того, получают ли они диализ или получили донорскую почку. В любом случае они ощущают угрозу своей целостности, их эмоциональные ресурсы не справляются с изменениями в течении болезни.

Проведенное исследование и опыт работы позволяют говорить о необходимости психологической адаптации и реабилитации пациентов – реципиентов органа. При этом реабилитация должна рассматриваться в более широком социальном контексте, чем взаимодействие «психолог – пациент». В психологической реабилитации важны четыре основных принципа: непрерывность, комплексность, доступность, гибкость.

1. Реабилитация должна осуществляться с момента постановки больного в лист ожидания трансплантации донорского органа до полного возвращения человека в общество (непрерывность).
2. Реабилитация должна быть комплексной: медицинской, социальной, психологической (комплексность).
3. Реабилитация должна быть доступной для всех пациентов, которые в ней нуждаются (доступность).
4. Реабилитация должна соответствовать меняющейся лечебной технологии, учитывать изменения социальных структур (гибкость).

Наиболее удачной моделью психологической реабилитации является последовательное и одновременное осуществление деятельности, реализуемой на трех уровнях:

- формирование организационной культуры медицинского коллектива лечебного учреждения;
- развитие совместных форм деятельности врачей и медицинских психологов, например, в виде врачебно-психологического консилиума «проблемных» пациентов, семинаров по обучению формирования навыков комплайенса для врачей и среднего медицинского персонала;
- психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия пациентов как на протяжении всего периода пребывания в стационаре, так и после завершения стационарного лечения.

В отличие от других видов хирургического вмешательства трансплантология предполагает некоторые особенности контактов и отношений «врач–пациент». Результат трансплантологической операции в известной мере определяется взаимодействием комплекса субъективных условий, относящихся к личности, как врача, так и пациента: реалистичностью ожиданий по отношению к результатам, амбициозностью каждого из участников лечебного процесса, имеющимся у партнеров потенциалом сотрудничества.

ВЫВОДЫ

1. Дальнейшее развитие трансплантологии как наиболее совершенного современного метода помощи больным с хроническими неизлечимыми заболеваниями требует внимания к психологическим факторам, определяющим состояние пациентов на всем протяжении лечебного процесса, их отношение к получению донорского органа.
2. Решающую роль в снижении риска неблагоприятного послеоперационного периода у пациентов с трансплантированными органами играет их положительная мотивация к получению донорского органа, обеспечивающая высокий уровень психологической адаптации, формирование «нового» образа тела, адекватную высокую самооценку и эмоциональное состояние.
3. Психологическая реабилитация реципиентов имеет ряд особенностей (принципы, уровни, формы), без учета которых она становится неэффективной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Михайличенко ТГ. Сравнительное исследование структуры эмоциональных нарушений у больных до и после ортотопической трансплантации печени / Т.Г. Михайличенко, О.А. Герасимова, Ф.К. Жеребцов

[и др.]. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2001; XIII; 2: 52–57. Mihajlichenko TG. Sravnitel'noe issledovanie struktury ehmocional'nyh narushenij u bol'nyh do i posle ortotopicheskoy transplantacii pecheni / T.G. Mihajlichenko, O.A. Gerasimova, F.K. Zherebcov [i dr.]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennyh organov*. 2001; XIII; 2: 52–57.

2. Canepov BH. Трансплантология в России: достижения и нерешенные проблемы. *Здравоохранение Чувашии*. 2013; 4. Saperov VN. Transplantologiya v Rossii: dostizheniya i nereshennye problemy. *Zdravoohranenie Chuvashii*. 2013; 4.
3. Collins CA, Labott SM. Psychological Assessment of Candidates for Solid Organ Transplantation. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007; 38; 2: 150–157.
4. Kern de Castro, Moreno-Jimenez B, Rodriguez-Carvajal R. Psychological well-being in adults transplanted in childhood. *Pediatr Transplantation*. 2007; 11: 272–278.
5. Olbrisch ME, Sharon MB, Ashe K et al. Psychological Assessment and Care of Organ Transplant Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright 2002 by the American Psychological Association, Inc.* 2002; 70; 3: 771–783.
6. Schroder, Nina M. Consideration of psychological factors in the evolution of living donors / Nina M. Schroder [et al.]. *Progress in Transplantation*. 2008 Mart; 18 (1): 8–41.
7. Colm CM, Pascual M. Update in Renal Transplantation. (REPRINTED) *ARCH INTERN MED*. July 12, 2004; 164: 1373–1388.
8. Romano G, Lorenzon E, Montanaro D. Effects of exercise in renal transplant recipients. *World J. Transplant*. Aug. 24, 2012; 2 (4): 46–50.
9. Wojtasiak E. How patients with end-stage renal disease manage their condition. *Annals Academia Medical Bialstocensis*. 2005; 50; 1: 129–132.
10. Woodroff R, Yao GL, Meads C et al. Clinical and cost-effectiveness of newer immunosuppressive regimens in renal transplantation: a systematic review and modeling study. *Health Technol Assess*. 2005; 21: 1–179.
11. Látos M, György A, Lázár G et al. The role of body image integrity and posttraumatic growth in kidney transplantation: A 3-year longitudinal study. Published. May 11, 2015, Doi: 10.1177/2055102915581214 *Health psychology open* January-June 2015 vol.2 2 no. 12055102915581214.
12. Климушева НФ, Баранская ЛТ, Шмакова ТВ. Психологические факторы развития трансплантологии. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2014; 4 (27) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>. Klimusheva NF, Baranskaya LT, Shmakova TV. Psihologicheskie faktory razvitiya transplantologii. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn*. 2014; 4 (27) [Elektronnyj resurs]. URL: <http://mprj.ru>.
13. Баранская ЛТ, Леонов АГ, Блохина СИ. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями че-

- люстно-лицевой области. Екатеринбург: «СВ-96», 2005. Baranskaya LT, Leonov AG, Blohina SI. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov s vrozhdennymi i priobretnennymi defektami i deformაციами chelyustno-licevoj oblasti. Ekaterinburg: «SV-96», 2005.
14. Трансплантация почки / Под ред. T. Kalble, A. Alcaraz, K. Budde et al. М.: АБВ-пресс, 2010. Transplantaciya pochki / Pod red. T. Kalble, A. Alcaraz, K. Budde et al. М.: ABV-press, 2010.
 15. Eggeling C. The psychosocial implications of live-related kidney donation. *EDTNA ERCA J.* 1999 Jul-Sep; 25 (3): 19–22. Pub Med PMID: 10786489.
 16. Wojtasiak E. How patients with end-stage renal disease manage their condition. *Annals Academia Medical Bialstocensis.* 2005; 50; 1: 129–132.
 17. Woodroff R, Yao GL, Meads C et al. Clinical and cost-effectiveness of newer immunosuppressive regimens in renal transplantation: a systematic review and modeling study. *Health Technol Assess.* 2005; 21: 1–179.
 18. Климушева НФ. Риск расстройств личностной адаптации у пациентов с трансплантированными внутренними органами / Н.Ф. Климушева, Л.Т. Баранская, Т.В. Шмакова. *Уральский медицинский журнал.* 2009; 6 (60): 63–69. Klimusheva NF. Risk rasstrojstv lichnostnoj adaptacii u pacientov s transplantirovannyimi vnutrennimi organami / N.F. Klimusheva, L.T. Baranskaya, T.V. Shmakova. *Ural'skij medicinskij zhurnal.* 2009; 6 (60): 63–69.
 19. Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM. Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation.* 1997; 64: 1261.
 20. Mooney DJ, Milkos AG. Growing new organs. *Scientific American.* 1999; 280 (4): 60–65.
 21. Morana JG. Psychosocial evaluation and follow-up in liver transplantation. *J. World Gastroenterology.* Feb. 14, 2009; 15 (6): 694–698.
 22. Salmon P, Stanford C, Mikahil G et al. Hemodynamic and emotional responses to a psychological stressor after cardiac transplantation. *Psychosom. Med.* 2002; 63: 289–299.

Статья поступила в редакцию 20.04.2016 г.
The article was submitted to the journal on 20.04.2016